República Bolivariana de Venezuela
UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL
SIMÓN RODRÍGUEZ
Núcleo Maracay

Nombre _____ Edad _____ Telefono _____

Fecha _____ Sexo ○ M ○ F

## ESTADO DE SALUD GENERAL

¿Padece alguna enfermedad crónica? SI ○ NO ○

¿Tiene alguna discapacidad? SI ○ NO ○

¿Está vacunado? SI ○ NO ○ NO SABE ○

¿Padece de algún tipo de patología Neuromuscular o musculo esquelética? SI ○ NO ○

¿Ha estado hospitalizado en el último año? SI ○ NO ○

¿Recibe tratamiento médico actualmente? SI ○ NO ○

## ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

¿Cuenta con seguro médico? SI ○ NO ○

¿A dónde acude cuando se enferma? □ Centro de salud □ Hospital □ Médico privado □ No recibe atención

¿Tiene problemas para conseguir medicamentos? □ No □ Sí

## CENTROS DE SALUD

¿Cómo calificaría la atención en el centro de salud más cercano? □ Buena □ Regular □ Mala

¿El centro de salud tiene médicos y enfermeros disponibles siempre? □ Sí □ No □ A veces

¿Cuenta con medicamentos suficientes? □ Sí □ No □ A veces

¿Ha tenido que trasladarse a otra comunidad para recibir atención médica? □ No □ Sí

¿Las instalaciones del centro de salud están en buenas condiciones? □ Sí □ No □ Parcialmente

¿Qué mejoras cree que necesita el centro de salud? _____

_____

Observaciones _____

_____

Nombre del estudiante: _____ Firma del estudiante: _____

N. DE ENCUENTA :